Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Lane Medical Libra

Über die Bassini'sche Methode der Radicaloperation freier Leistenbrüche.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Heinrich Reintjes,

approb. Arzt aus Vrasselt (Rheinland).

KIEL.

Druck von L. Handorff.

1893.

Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Über die
Bassini'sche Methode der Radicaloperation
freier Leistenbrüche.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Heinrich Reintjes,
approb. Arzt aus Vrasselt (Rheinland).

KIEL.
Druck von L. Handorff.
1893.

No. 49.
Rektoratsjahr 1892/93.
Referent: Dr. v. Esmarch.
Zum Druck genehmigt:
Völckers, Decan.

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0241

Es ist wohl eine allbekannte Thatsache, dass von allen Brüchen die Leistenbrüche am häufigsten vorkommen und dass bei ihnen die palliative Behandlung in sehr vielen Fällen auf grosse Schwierigkeiten stösst, ja häufig unmöglich ist. Und so ist es denn auch gekommen, dass man durch operative Eingriffe den Leistenbruch für immer zu heilen suchte. Diese Idee ist schon sehr alt, es finden sich in der Geschichte der Chirurgie zahlreiche Methoden für die Radicaloperation angegeben, die eine Zeit lang auch ausgeübt wurden, dann aber durch neue Vorschläge in den Hintergrund gedrängt oder ganz aufgegeben wurden. Mit Recht sagt daher Wölfler*): »Die Geschichte der Radicaloperation des Leistenbruchs ist offenbar ein Bild für die Geschichte der meisten unserer therapeutischen Pläne. Seit den ältesten Zeiten verdrängt eine Methode die andere und die letzte hat bloss den Vorzug, dass von ihr die Gegenwart eine Zeit lang glaubt, dass sie dennoch die beste sei. Aber sie bleibt gleich den übrigen zumeist eine Eintagsfliege in sturmbewegten Zeiten.«

Weshalb so zahlreiche Methoden, um die Radicalkur der Hernien zu erzielen, vorgeschlagen sind, hat wohl seinen Grund darin, dass eben keine der angewandten Methoden sichere Gewähr leistete gegen das Auftreten von Recidiven. Es ist nicht die Aufgabe dieser Arbeit, all die Operationsmethoden der Leistenbrüche bis in die kleinsten Details zu schildern, doch scheint es mir wohl passend zu sein, eine kurze Übersicht der bisherigen Bestrebungen der Radicalkur der Leistenbrüche zu geben. Eine solche giebt Wölfler**) in »Beiträge zur Chirurgie,« welche ich hier anführen will:

»Es ist in der Natur der Entwickelung unserer Operationsmethoden gelegen, die sich vorerst mit der Beseitigung der äusseren Erscheinungen zu beschäftigen pflegen, dass die älteste Behandlungs-

---

*) Beiträge zur Chirurgie, Festschrift gewidmet Th. Billroth: Zur Radicaloperation des freien Leistenbruchs.

**) cf 1.

methode mit der Verengerung der äusseren Bruchpforte und mit der Zerstörung des Bruchsackes sich beschäftigte (Celsus — Paul von Aegina — Fabricius ab Aquapendente — A. Paré — Schmucker). Merkwürdig genug, man steuerte auch in der antiseptischen Aera, natürlich unter geänderten Verhältnissen, zunächst diesen beiden Zielen zu. In alter Zeit kauterisierte man die Bruchpforte — diese Methode erhielt sich bis in das 18. Jahrhundert — und in neuester Zeit empfahl Nussbaum neuerdings dieses Verfahren. In alter Zeit unterband man den Bruchsack anfangs subcutan und unterband dabei gewöhnlich den Samenstrang mit, ja, man kastrirte mit Absicht, so lange, bis selbst durch die Laienwelt ein Schrei der Entrüstung ging. (Rothmund). Dann ging man zur offenen Unterbindung oder Naht des Bruchsackes über. Auch in der antiseptischen Aera ging man von der unsicheren Methode der subcutanen Umschnürung der Bruchpforte (Wood) zur offenen Unterbindung oder Naht des Bruchsackes über und auch in der antiseptischen Aera schlug man wie vor vielen hundert Jahren noch einmal wenigstens für gewisse Fälle die Kastration vor, und es bedurfte neuerdings einer ernsten Mahnung (Albert), eine so verstümmelnde Operation nicht zur Methode zu erheben. Wie oft schon in alter und ältester, und in neuer und neuester Zeit selbst unabsichtlich dadurch kastrirt wurde, dass der Samenstrang zerrissen wurde, darüber berichten wohl einige wenige ernste und wahrheitsgetreue Ärzte, aber die Mehrzahl dieser Fälle ist uns sicherlich unbekannt geblieben.

Als die anatomischen Kenntnisse über den Begriff der Bruchpforte und das, was vor derselben liegt, hinausgingen, und sich auch auf die Beschaffenheit des Leistenkanales ausdehnten, war die operative Behandlung des Leistenbruches auch auf die Verengerung oder Verstopfung des Leistenkanales gerichtet. Die Invaginationsmethoden — von Gerdy angefangen — führen diesen Gedanken in verschiedener Weise aus; desgleichen die verschiedenen Methoden, den Leistenkanal mittels organischen Materials zu verstopfen, sei es durch Granulationen (offene Behandlung des Bruchsackes im 17. und 18. Jahrhundert) sei es, durch Transplantation eines Hautlappens (Dzondi), sei es durch den Hoden selbst (Hammel), sei es durch Einführung eines Gallertcylinders, der mit Hausenblase überzogen wurde (Belmas). Und als in neuerer Zeit die Methode des Verschlusses der Pforte und der Obliteration des Bruchsackes nicht zum Ziele führten, richtete man neuerdings die Aufmerksamkeit auf

die Verengerung des Leistenkanales. Die neueren Bestrebungen gleichen sogar den alten darin, dass von mancher Seite ebenfalls die Verstopfung des Leistenkanales mit verschiedenen organischen Stoffen (durch Granulation, bei offener Behandlung des Bruchsackes nach Schede, Verstopfung mittels des Hodens nach Lauenstein, mittels Knochenstücken nach Trendelenburg und Weir, mittels des Bruchsackes nach Mac Ewen) ausgeführt wurde, unterscheiden sich aber von jenen der alten Zeit darin, dass ausserdem auch der Leistenkanal durch die Naht zur Verengerung gebracht wurde.

Selbst die auf den Verschluss der inneren Bruchpforte gerichteten gehören nicht der neuen Zeit allein an.

Schon Garengeot war der Meinung, dass das Verfahren J. L. Petits, beim incarcerierten Bruche den Bruchsack samt Inhalt durch den Leistenring hindurchzuschieben, auch beim nicht eingeklemmten Bruche Anwendung finden könne, damit der Bruchsack ein Hindernis für den Vorfall der Eingeweide abgebe.

Auf die neueren diesbezüglichen Vorschläge, die von v. Nussbaum, Risel und Annandale ausgingen und ebenfalls den Zweck hatten, die innere Bruchpforte zu verschliessen, kommen wir noch zurück.

So leicht es demnach an der Hand der Geschichte gelingt, zu zeigen, dass fast alle neueren Gedanken auf dem in Rede stehenden Gebiete Wiederholungen alter Versuche darstellen und manche neuere Methode nur im Lichte einer besseren Wundbehandlung eine glänzendere Ausstattung erhalten und dadurch eine bessere Empfehlung erfahren hat, so lässt sich doch andererseits zur Beruhigung und Aufmunterung aller leicht erweisen, dass im grossen und ganzen trotz der Rückfälle eine jede neue Methode fast immer einen gewissen Fortschritt mit sich brachte und zurückliess.

Denn es lässt sich nicht leugnen, die rohe Zerstörung der den Bruchring bildenden Weichteile mit Ätzmitteln und ferrum candens, sowie die rücksichtslose Unterbindung der Samengefässe und die soweit verbreitete Kastration war doch weit schlechter als die königliche Naht des Bruchsackes mit Schonung der Samengefässe nach Fabricius ab Aquapendente; die Gerdy'sche Invagination bedeutet ein wesentlich schonenderes und ungefährlicheres Verfahren als die vorausgegangenen Versuche, den Bruchsack durch die Naht, durch Fremdkörper verschiedenster Art zur Obliteration zu bringen, und das Verfahren Wood's, die Leistenpfeiler subcutan zu vereinigen

bedeutete entschieden einen Fortschritt gegenüber der gefährlichen und so sehr verbreiteten Methode Wutzer's, mittels Invagination Gangrän aller Weichteile hervorzurufen. Welche Fortschritte die neueren Methoden gegenüber dem unsicheren Verfahren der subcutanen Einführung von Seidenfäden oder Silberdrähten bedeuten, ist sattsam bekannt und dürfte im folgenden noch weiter erörtert werden.

Mit der Mitte der 70er Jahre war die Zeit für die subcutanen Operationen — wohl für immer — zu Ende gegangen! »Sicherheit, Zuverlässigkeit und Genauigkeit sind die Vorteile der blutigen operativen Behandlung gegenüber der unblutigen Behandlung« (Stocker C. f. Ch. 1888 S. 641). Wenngleich Gross schon im Jahre 1858 die Naht der Bruchpforte wieder aufnahm, Steele im Jahre 1874 die freigelegten und angefrischten Pfeiler der Leistenöffnung nähte, v. Nussbaum und Risel in den Jahren 1876 und 1877 die Unterbindung des Bruchsackes ausführten und empfahlen, so erhielt die Radicaloperation des Bruches mit Rücksicht auf die Operationstechnik dennoch erst eine gewisse Vollendung durch die Methode Czerny's, der in wohl überlegter Weise sowohl die Obliteration des Bruchsackes, als den Verschluss der Bruchpforte herbeiführte. In der kombinirten Anwendung dieser beiden Operationsakte lag im Vergleiche mit den alten Methoden der Fortschritt des Verfahrens Czerny's. Erst durch die vollkommene Freilegung sämmtlicher Gebilde war es möglich geworden, auch die irreductible Hernie zu beseitigen.

Hätte die Methode Czerny's, die zweifellos die Grundlage für alle weiteren Veränderungen auf dem Gebiete der Radicaloperation bildete, keine weiteren Erfolge für sich gehabt, das Verdienst bleibt ihr unter allen Verhältnissen, dass sie bei irreponiblen Hernien das Tragen eines Bruchbandes ermöglichte. Während bis Czerny fast immer nur reduktible Hernien operiert waren, gelang es mittelst seines Verfahrens »die irreponiblen Brüche zu mobilen zu gestalten und ihre Träger aus Invaliden zu arbeitsfähigen Menschen zu machen; das aber ist ein Fortschritt, den wir nicht hoch genug schätzen können« (Leisrink). Gerade jetzt, da die Czerny'sche Methode in ihrer Originalität durch andere Methoden verdrängt wird, geziemt es sich, darauf hinzuweisen, dass keine einzige der neuen Methoden das Princip Czerny's verlassen hat, nämlich die Obliteration des Bruchsackes und die gleichzeitige Verengerung der Bruchpforte.

Allein die mangelhaften Endresultate erschütterten auch das Ansehen der Czerny'schen Methode, denn die Zahl der Recidiven war im ersten Decennium kaum geringer als nach der Wood'schen oder gar dem alten Wutzer'schen Verfahren der Invagination (Rothmund). Ja selbst der unmittelbare Ausgang der beiden letztgenannten und wohl allgemein aufgegebenen Methoden ergab nach den Mitteilungen Wood's und Rothmund's keineswegs eine grössere Mortalität als die neueren Bruchoperationen.

Von nun an trachtete man durch immer neue und allerdings recht unwesentliche Modificationen das Czerny'sche Verfahren zu verbesseren, und als gar eine principiell verschiedene Methode mit vorzüglichen Endresultaten von Mac Ewen ersonnen und geübt wurde, stürzte man sich mit einem wahren Heisshunger auf dieselbe, um sie auszuführen und zu erproben.

Diejenigen, welche einer soliden Obliteration des Bruchsackes grosse Bedeutung zumessen, haben auf die Zusammenschiebung des Bruchsackes und Lagerung desselben vor die innere Bruchpforte (Mac Ewen) einen grossen Wert gelegt; obgleich schon Garengeot diese Methode empfohlen hat, so fand dieselbe doch erst durch die Bemühungen Mac Ewen's allseitige Anerkennung. Thatsächlich stellt diese Methode nichts anderes dar, als die Invagination des abgelösten Bruchsackes und Vereinigung der Leistenpfeiler in demselben Sinne, in welchem Wood diese Operation in subcutaner Weise ausführte. Ein allgemeines Urteil über dieselbe auszusprechen, wird erst dann möglich sein, wenn wir über eine grössere Zahl von unmittelbaren und Endresultaten verfügen.

Meine persönliche Meinung geht dahin, dass in der Zusammenschiebung des Bruchsackes nicht der Vorteil der Mac Ewen'schen Operation gelegen sein kann; denn die Verstopfung des Leistenkanales oder der Apertura canalis inguinalis interna durch ein organisches Material hat sich — so oft diese Methode immer wieder aufgenommen wurde — nicht bewährt, weil durch narbige Schrumpfung und eintretende Atrophie dieses Materials neue Gelegenheit für die Entstehung der Recidive gegeben ist; ausserdem finde ich in der vollkommenen Ablösung des Bruchsackes eine nicht selten zu Komplikationen führende Schwierigkeit und auch eine nicht immer streng erfüllbare Forderung.

Was aber als ein Fortschritt angesehen werden muss, und auch den Wert des Wood'schen Verfahrens bedingte, das scheint

mir darin gelegen zu sein, dass Mac Ewen als der erste in der antiseptischen Aera mittelst einer allerdings etwas komplicierten Naht die offene Vereinigung sämmtlicher Schichten des Leistenkanales anstrebte und auch herbeiführte«.

Viele von den angeführten Methoden werden längst nicht mehr geübt, in jüngster Zeit wurde die Operation der Leistenbrüche meistens nach den Methoden von Wood, Czerny, Mac Ewen sowie nach den von verschiedenen Chirurgen gemachten Modificationen, welche jedoch im Princip von den zuletzt erwähnten Operationsverfahren nicht wesentlich abweichen, ausgeführt, bis Bassini im Archiv der klin. Chirurgie, Band 40, sein Operationsverfahren veröffentlichte, welches ohne Zweifel einen gewaltigen Fortschritt gegenüber den früheren Methoden darstellt. Nicht bloss die unmittelbaren Heilerfolge sind glänzend, indem bei 216 Radicaloperationen freier Leistenbrüche kein mit der Operation zusammenhängender Todesfall zu verzeichnen ist, sondern auch die definitiven Resultate sind besser als bei irgend einer der bisher geübten Methoden, da auf 262 Radicaloperationen 239 Heilerfolge kommen. Während bei den nach anderen Methoden Operirten in sehr vielen Fällen Recidive eintreten, wie z. B. nach Wood ein Recidiv auf $3^1/_2$ Heilungen kommt, oder eine ernstliche Gefahr solcher vorhanden ist, wenn die Patienten kein Bruchband tragen, so steht die Operationsmethode Bassini's insofern glänzend da, indem er nicht ganz 3% Recidive hatte, ein Resultat, welches bis jetzt noch nicht erreicht wurde.

Eben deshalb ist die Operationsmethode Bassini's so vertrauenerweckend, weil der ursprüngliche physiologische Typus des Leistenkanales wieder hergestellt wird d. h. eines Kanals mit zwei Öffnungen, einer abdominellen und einer subcutanen, ferner mit zwei Wänden, einer hinteren und einer vorderen, durch deren Mitte der Samenstrang schief durchgeht. So wird nun unter der Wirkung der Bauchpresse die hintere Wand gegen die vordere gedrängt und functioniert wie eine Klappe; die Bauchwand wird dadurch geschlossen und der Samenstrang doch nicht gedrückt. Bei den bisher geübten Methoden bleibt die Bruchpforte von einer mit der Aponeurose des M. obliquus externus verwachsenen und vom Samenstrange durchzogenen Narbe geschlossen. Eine Narbe aber, welche durch die Bauchwand führt und besonders wenn sie vom Samenstrang durchzogen wird, bietet wohl nicht die geeigneten Bedingungen,

um dem Anstosse und dem fortdauernden Drucke der Baucheingeweide widerstehen zu können. In den meisten Fällen sind die Operierten der Gefahr des Recidivirens der Hernie ausgesetzt, sobald sie den Gebrauch eines Bruchbandes unterlassen.

Bassini sucht nun durch sein Operationsverfahren eine Radicalheilung der Leistenhernien zu erzielen und zwar in der Weise, dass die Kranken nach der Operation nicht auf den Gebrauch eines Bruchbandes angewiesen sein müssen. Und dass er dies wohl erreicht haben dürfte, zeigen die oben mitgeteilten Resultate. Es scheint mir zweckmässig zu sein, eine kurze Beschreibung des Bassini'schen Operationsverfahrens, wie eine solche von Esmarch*) in übersichtlicher Kürze gegeben hat, folgen zu lassen.

von Esmarch schreibt:

Bassini führt die Radicalheilung herbei durch Wiederherstellung des Leistenkanals, wie er im physiologischen Zustande ist d. h. eines schräg durch die Bauchwand verlaufenden Kanals mit vorderer und hinterer Wand, der zwar den Samenstrang durchgehen lässt, aber bei Wirkung der Bauchpresse sich klappenartig verschliesst (wie die Uretermündung in der Blasenwand).

Er verfährt folgendermassen:

1. Hautschnitt über die Bruchgegend hinweg, die Aponeurose des M. obliquus externus entsprechend dem Leistenkanal freilegend.

2. Durchtrennung der Aponeurose des M. obliquus externus vom äusseren Leistenring bis über den inneren Leistenring hinaus; dieselbe wird nach oben und unten in zwei Lappen vom Muskel abgelöst. Der Bruchsack wird vom Samenstrang zunächst an dieser Stelle losgelöst bis über seine Mündung an der Darmbeingrube; nun wird der Grund des Sackes eröffnet und der Bruchinhalt nach Lösung etwaiger Verwachsungen zurückgeschoben. Der Hals des Sackes wird gedreht, an seiner Mündung am inneren Leistenring mit gerader Nadel und doppeltem Faden durchstochen, nach beiden Seiten abgebunden und $^1/_2$ cm vor der Ligatur abgeschnitten; das auf diese Weise unterbundene Bauchfell zieht sich in die innere Darmbeingrube zurück.

3. Nach Abhebung des Samenstranges und Spannung der beiden Lappen der Aponeurose des M. obliquus ext. lässt sich die Rinne, welche vom Lig. Pouparti gebildet wird, bis über die

*) v. Esmarch und Kowalzig: Chirurgische Technik.

Eintrittsstelle des Samenstranges hinaus übersehen. Nun wird der äussere Rand des M. rectus abdom. und die dreifache tiefere Schicht (M. obliquus int., M. transversus, Fascia verticalis Cooperi) von der Aponeurose des M. obliquus ext. losgelöst und an den hinteren isolirten Rand des Lig. Pouparti am Schambein beginnend 5—7 cm weit angenäht: Der Samenstrang wird in den oberen Wundwinkel und damit etwa 1 cm weit nach aussen oben verlegt; dadurch ist der innere Ring und die hintere Wand des Leistenkanales hergestellt.

4. Der Samenstrang wird in seine Lage zurückgebracht, die Aponeurose über ihm vernäht bis zum unteren Wundwinkel, welcher offen bleibt (äusserer Leistenring). Die Hautwunde wird vollständig durch die Naht geschlossen.

Im Folgenden will ich kurz die Fälle von freien Leistenbrüchen, bei denen auf der hiesigen chirurgischen Klinik die typische Radicaloperation nach Bassini gemacht wurde, anführen.

I. Fall.

H. Sch., 34 Jahre alt, Schiffer aus Laboe. — Linksseitige, angeborene, nur teilweise reductible, äussere Leistenhernie von mittlerer Grösse.

Operation nach Bassini am 6. X. 91, zur Naht wurde Catgut verwandt. Heilung trat per prim. intent. ein, am 31. X. 91 wird Patient entlassen, Narbe recht fest, weder beim Husten noch beim Pressen fühlt man ein Anschlagen der Baucheingeweide in den neuen Leistenkanal. Bis jetzt ist keine Gefahr des Recidivirens der Hernie vorhanden, die Operationsnarbe ist noch fest und derbe.

II. Fall.

C. B., 46 Jahre alt, Vogt aus Holzminde. — Er litt seit 1890 an einer rechts- und linksseitigen Hydrocele und einer rechtsseitigen erworbenen, reductiblen Leistenhernie von der Grösse eines Hühnereies.

Operation am 12. X. 91 in Morphium-Chloroformnarkose. — Exstirpation des Hydrocelensackes beiderseits; die Leistenhernie war sowohl eine äussere als eine innere. Es lag nämlich die Bauchhöhle in der ganzen Länge des Leistenkanales cr. 5 cm lang offen und in der Mitte dieses Schlitzes war von der Bauchwand einzig die Art. und Ven. epigastrica stehen geblieben. An beiden Seiten dieses

Gefässstranges, besonders aber an der inneren, buchtete sich die Hernie vor. Unterbindung der Gefässe, — typische Operation nach Bassini; in diesem Falle wurde die Naht mit Seide angelegt. — Als intercurrente Erkrankung trat noch eine Pneumonie hinzu. — Am 22. XI. 91 Entlassung des Patienten. Sehr feste Narbe; bei starken Hustenstössen fühlt man den Bauchinhalt nur oben am inneren Leistenring anschlagen. Im rechten neuen Leistenkanal fühlt man nichts. Der Mann ist noch recidivfrei.

III. Fall.

L. E., 53 Jahre alt, Maschinenbauer aus Kiel. — Linksseitige, erworbene, frei bewegliche, zurückhaltbare, äussere Hernie von Hühnereigrösse; rechtsseitige, erworbene, reductible, äussere Hernie, die beim Pressen des Kranken bis zur Grösse einer Mannesfaust anwächst; wegen der Bruchbeschwerden rechterseits wünscht der Mann einen operativen Eingriff. Patient ist Potator und leidet seit $^3/_4$ Jahren an Rheumatismus.

Typische Operation nach Bassini am 19. X. 91, Naht mit starkem Catgut. Wundverlauf gut, nur im oberen Wundwinkel hat sich ein kleiner Abscess gebildet, der mit Fistel ausgeheilt ist.

Am 11. I. 92 Entlassung des Patienten, in der rechten Inguinalgegend eine feste Narbe, beim Husten und Pressen drängt sich Bauchinhalt nicht vor, der linksseitige Leistenbruch lässt sich durch ein Bruchband gut zurückhalten.

Bis jetzt ist der Befund noch derselbe wie bei der Entlassung des Patienten.

IV. Fall.

Ch. Chr., 59 Jahre alt, Arbeitsmann aus Rendsburg. — Er litt seit 1854 an einer rechtsseitigen Hernia cruralis, seit 1875 an einer linksseitigen, reductiblen Inguino-Scrotalhernie von der Grösse eines Strausseneies. Im Jahre 1888 Einklemmung der linken Hernie, doch gelang die Reposition; linke Bruchpforte für 4 Finger durchgängig.

Wegen der Bruchbeschwerden bei der Arbeit wurde die Operation der linken Hernie am 3. XII. 91 vorgenommen. Es fand sich eine etwa 25 cm lange mit dem Bruchsack verlötete Darmschlinge vor. Ausser dieser Hernia ing. externa, in der Dickdarm, lag, sah man noch einen zweiten Bruchsack (Hernia ing. interna)

in dem 2 Dünndarmschlingen lagen. Typische Operation nach Bassini, — Naht mit starkem Catgut. —

Am Morgen des 4. XII. 91 betrug die Temperatur 39,6°, es bestanden Schmerzen im ganzen Bauch, es trat Erbrechen ein, der Bauch war meteoristisch aufgetrieben; am 8. XII. Exitus letalis.

Der Sectionsbefund ergab:

Eitrige Peritonitis.

V. Fall.

C. R., 51 Jahre alt, Arbeiter aus Kiel. — Rechtsseitige, erworbene, reductible, äussere Inguino-Scrotalhernie, die bei Husten und Pressen bis zur Grösse eines Mannskopfes anwuchs, sehr weite Bruchpforte, in die man fast vier Fingerkuppen einlegen kann. Patient ist Potator.

Operation am 22. III. 92 nach Bassini, — Naht der Bruchpforte mit starkem Silberdraht, Hautnaht mit Catgut.

6 Tage nach der Operation bekommt Patient eine Pneumonie. In den ersten Tagen nach der Operation war die Umgebung der Wunde stark gerötet, teigig geschwollen, Druckschmerz in weiter Umgebung. Durch eine Kornzange wird eine Öffnung in der Narbe gemacht, es entleert sich Eiter. Einlegen eines Drain und täglich erneuerte Sublimatumschläge.

5. IV. Lungenbefund normal.

23. IV. Überall ist per prim. intent. Heilung eingetreten, nur an der Stelle, wo der Drain durch die Haut gezogen war, gute Granulationen.

Am 8. VI. 92 wird Patient geheilt entlassen, derbe Narbenbildung, der Bauchinhalt wird beim Husten und Pressen vollständig zurückgehalten. Der Hodensack hat solch gewaltige Dimensionen, dass ein Suspensorium nötig erscheint. Der Mann ist bis jetzt noch recidivfrei.

VI. Fall.

H. H., 60 Jahre alt, Landmann aus Lüdervorenstedt. — Rechtsseitige, erworbene, reductible, Leistenhernie von der Grösse eines Gänseeies. Schmerzen durch Druck des Bruchbandes und beim Gehen.

Operation am 6. VIII. 92 nach Bassini, Naht mit starkem Catgut.

Vollkommene Heilung per prim. intent., am 26. VIII. Entlassung des Patienten, es besteht eine lineare Narbe, die mit ihrer Muskel-

und Fascienunterlage derb verwachsen und unverschieblich ist. Weder beim Husten noch beim Pressen drängt sich Bauchinhalt vor. Der Mann ist noch recidivfrei.

VII. Fall.

F. K., 29 Jahre alt, Bäcker aus Kiel. — Linksseitige, erworbene, reductible, mannsfaustgrosse, äussere Inguino-Scrotalhernie.

Typische Operation nach Bassini am 15. VIII. 92, Naht wird mit starkem Catgut ausgeführt.

Vollkommene Heilung per prim-intent., Entlassung des Patienten am 14. IX. 92, in der linken Leistengegend eine feste Narbe, Baucheingeweide drängt sich bei Pressen und Husten nicht vor in den Leistenkanal. Der jetzige Status ist im wesentlichen noch derselbe wie bei der Entlassung.

VIII Fall.

E. Sch., 56 Jahre alt, Arbeiter aus Altrugle. — Rechtsseitige, erworbene, freibewegliche, directe Leistenhernie, mässig gross, die aber ziemlich starke typische Bruchbeschwerden macht.

Operation nach Bassini am 27. IX. 92, Naht mit Catgut.

3. X. Überall Heilung per prim. intent., nur in der Mitte der Wundfläche aus der Tiefe der Höhle dringt Eiter.

Am 17. XI. 92 Entlassung des Patienten, Narbe vollkommen fest, bei Husten und Pressen keinen Anprall zu fühlen und keine Verwölbung sichtbar.

IX. Fall.

M. M., 26 Jahre alt, Arbeiter aus Kiel. — Linksseitige, erworbene, nur teilweise reponirbare Inguino-Scrotalhernie von Faustgrösse.

Operation am 15. X. 92 in typischer Weise nach Bassini unter Anwendung der Asepsis.

20. X. Vollkommene Heilung per prim. int., nur in der Mitte der Wunde Stichkanaleitrung aus der Tiefe. Im Scrotum dicht oberhalb des linken Hodens fühlt man einen hühnereigrossen fluctuirenden Tumor, derselbe ist nicht durchsichtig.

Am 26. XI. wird Patient entlassen; Narbe ganz fest, beim Umhergehen, Husten, Pressen tritt kein Eingeweide vor, auch wölben sich die Bauchdecken der Narbe dabei nicht vor, der Tumor ist

hart und derbe (organisirter Bluterguss?) — Bis jetzt kein Recidiv, der Tumor ist kleiner geworden. —

Zu der Zeit, als Bassini seine Methode mitteilte, hatte auch schon Wölfler ganz unabhängig von Bassini an sehr vielen Fällen eine Radicaloperation der Leistenhernien geübt, welche mit der von Bassini veröffentlichten in manchen Punkten so vollkommen übereinstimmt, als ob sie sich gegenseitig darüber besprochen hätten. Ein Unterschied besteht insofern zwischen beiden Methoden, als Wölfler jede Muskelschicht für sich an das Lig. Pouparti, beziehungsweise die Fascie des M. obliquus externus annäht, so dass mindestens 3 Schichten übereinander liegen und zwar die des M. obliquus internus und transversus, die des M. rectus und die der Aponeurose des M. obliquus externus, Bassini dagegen fasst sämmtliche Schichten in eine gemeinsame Naht und fixirt sie an das Lig. Pouparti. Ein weiterer Unterschied und wohl der wesentlichste besteht in der Behandlung des Bruchsackes. Während Bassini die Exstirpation des Bruchsackes in seine Methode aufgenommen hat, setzt Wölfler an Stelle desselben die Eröffnung desselben, die Anlegung der inneren Naht und Verschorfung seiner Innenfläche. Ausserdem hat Wölfler in den 4 zuletzt operierten Fällen eine Dislocation des Samenstranges in der Weise vorgenommen, dass er den Hoden nach Durchtrennung des Gubernaculum Hunteri aus dem Scrotum herauszieht.

Darauf zieht er den Hoden samt dem Samenstrang durch den Spalt zwischen den beiden M. recti heraus und führt ihn über der vorderen Fläche des M. rectus und dem inneren Leistenpfeiler der äusseren Bruchpforte herab in den Hodensack, wo der Hode wieder an sein Gubernaculum angenäht wird. Auf diese Weise wird der Samenstrang aus dem Leistenkanal vollständig entfernt, während Bassini den Samenstrang bei der inneren Bruchpforte herausleitet, um den M. obliquus internus ungestört an das Poupart'sche Band annähen zu können. Beide Methoden haben vorzügliche Resultate aufzuweisen, welche die dominirende bleibt, das wird die Zukunft lehren.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, dem Herrn Geheimrat Prof. Dr. von Esmarch wegen Überlassung vorstehender Arbeit sowie dem Herrn Privatdocenten Dr. Bier für die freundliche Unterstützung bei Anfertigung derselben meinen besten Dank auszusprechen.

Vita.

Ich, Heinrich Reintjes, Sohn des Gutsbesitzers H. J. Reintjes und dessen Ehefrau Henriette geb. Lensing, katholischer Confession, wurde geboren am 14. Februar 1866 zu Vrasselt bei Emmerich a. Rhein. Bis zum 10. Lebensjahre besuchte ich die Elementarschule zu Vrasselt; darauf das kgl. Gymnasium zu Emmerich, welches ich Ostern 1887 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Dann studirte ich Medicin und zwar zu Bonn, Greifswald, Würzburg und Kiel, Der ärztlichen Vorprüfung unterzog ich mich am Ende des 4. Semesters zu Greifswald. Der halbjährigen Dienstpflicht mit der Waffe genügte ich vom 1. October 1889 bis 1. April 1890 beim 9. bayr. Infanterie-Regiment »Wrede.« Das medicinische Staatsexamen vollendete ich am 2. März 1892 zu Kiel, ebendaselbst bestand ich am 22. Dezember 1892 das Examen rigorosum. Vom 1. Mai bis zum 1. November 1892 diente ich als einjährig-freiwilliger Arzt bei der I. Matrosen-Division zu Kiel, die freiwillige sechswöchentliche Reserve-Übung vollendete ich ebendort am 12. Dezember 1892.